Ein kasuistischer Beitrag zur Hernia obturatoria.

IN 22 1921 LIBRARY

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfaßt und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Dr. Karl Bardot.

MÜNCHEN 1916.
Druck der Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey.

Ein kasuistischer Beitrag zur Hernia obturatoria.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfaßt und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Dr. Karl Bardot.

MÜNCHEN 1916.
Druck der Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität München.

Referent: Herr Prof. Dr. von Angerer, Exzellenz.

Veranlassung zu dieser Arbeit gibt mir ein Fall von Hernia obturatoria, den ich der Liebenswürdigkeit des Herrn Dr. Christel-Metz verdanke. Es handelt sich um die 68 jährige Frau J. Patientin stammt von gesunden Eltern. Bezüglich des Bruches weiß sie nichts über hereditäre Anlage anzugeben. Sie hat außer einigen Kinderkrankheiten keine besondere Erkrankung in ihrem Leben durchgemacht. Pat., die verheiratet war, hat 5 mal geboren; die Kinder sind alle gesund. Am 26. Februar 1910 klagte sie über Leibschmerzen, besonders in der linken Seite, und über Brechreiz. Appetit ist gut, ebenso der Schlaf, keinerlei Beschwerden beim Wasserlassen, seit einigen Tagen Verstopfung. Die Kranke war immer schwächlich und mager.

Das Gesicht ist eingefallen. Zunge etwas belegt, an den Schleimhäuten nichts Besonderes. Zähne sind keine mehr vorhanden. An den Lungen nichts von Bedeutung. Herz nicht vergrößert, I. Ton unrein, Puls etwas gespannt, sonst regelmäßig, 72 Schläge in der Minute. Die linke untere Bauchseite etwas druckempfindlich, es ist keine Dämpfung vorhanden, der Leib ist weich. Temperatur 36,8.

Der Patientin wird Bettruhe und leichte Diät verordnet und eine Eisblase auf die druckempfindliche Bauchseite aufgelegt.

Am 27. d. M. morgens hat sich das Befinden eher etwas gebessert. In den drei letzten Tagen ist kein Stuhlgang erfolgt. Trotz des häufigen Brechreizes trat kein Erbrechen ein. Der Leib ist mäßig aufgetrieben, immerhin noch gut eindrückbar. Ein Einlauf bleibt ohne Erfolg. Abends Temperatur 37,3; Puls 90.

Am 28. klagt Pat. über Zunahme der Schmerzen in der linken Leistengegend. Die Schmerzen strahlen nach der Hüfte hin aus Howship-Rombergsches Symptom). Das Trigonum Scarpae, welches normal als Grube erscheint, ist eher etwas vorgewölbt. Urin ist etwas verhalten. Seit gestern sind keine Winde mehr abgegangen, es erfolgte immer noch kein Stuhl. Pat. hatte heute öfters Erbrechen. Temperatur 37,8; Puls 90. Eine genaue Untersuchung ergab eine Geschwulst im Trigonum Scarpae; dieselbe trat nicht aus dem Schenkelkanal hervor, so daß eine Schenkelhernie nicht angenommen werden konnte. Bei der Untersuchung von oben her konnte man feststellen, daß der Stiel der Geschwulst im Winkel zwischen den beiden Schambeinästen in die Tiefe drang; es wurde deshalb die Diagnose auf Hernia obturatoria gestellt. Eine Untersuchung per vaginam wurde leider nicht vorgenommen. Der Patientin wurde sofort zur Operation geraten, sie lehnte sie jedoch ab.

Am 1. März hatte sich das Befinden weiter verschlimmert, es trat häufiger Erbrechen ein, zwar nicht kotig, aber von sehr fadem Geruch. Da auch die Schmerzen bedeutend heftiger wurden, willigte nun die Kranke in die Operation ein.

Sie wurde dem Mathildenstift überwiesen und sofort zur Operation vorbereitet.

Am 2. März erfolgte die Operation, und zwar wurde die Herniotomie vorgenommen. (Über die Operation selbst werde ich später eingehend berichten.) Pat. überstand die Operation ganz gut. Die Nacht nach der Operation war ebenfalls befriedigend. Am 2. Tage nach der Operation gingen Winde ab. Temperatur und Puls normal.

Am 6. Allgemeinbefinden gut, die ausstrahlenden Schmerzen nach dem linken Oberschenkel und nach der Hüfte hin haben nachgelassen.

Am 7. erfolgte Stuhlgang von selbst. Verbandwechsel. Wunde sieht gut aus.

Am 9. werden die Fäden entfernt, am 14. Verbandwechsel; ungetrübter Verlauf in der Wundheilung; weiteres gutes Allgemeinbefinden.

Am 16. steht Pat. etwas auf.

Am 20. Verbandwechsel. Wunde fast ganz zu. Die Kranke wird aus dem Mathildenstift entlassen. Ich hatte Gelegenheit, die Patientin noch öfters zu sehen, es trat kein Rezidiv ein. Sie erfreute sich stets einer für ihr hohes Alter guten Gesundheit. Im März 1915, also 5 Jahre nach der Operation, erkrankte sie an Dysenterie, der sie im Alter von 73 Jahren erlegen ist. Leider konnte eine Autopsie nicht vorgenommen werden.

Ätiologie und Anatomie.

Unter Berücksichtigung des obengeschilderten Falles und anderer mir aus der Literatur zugänglichen Fälle von Hernia obturatoria habe ich es mir zur Aufgabe gestellt, besonders die ätio-

logischen und therapeutischen Anschauungen über diese Erkrankung eingehender hier zu schildern, da gerade die Ansichten über die Entstehung und die Behandlung dieser Hernienart bei der Seltenheit ihres Auftretens zum Teil noch sehr auseinandergehen. Zunächst sind die für Entstehung der Hernien im allgemeinen bekannten Theorien zu berücksichtigen. Bekanntlich treten Hernien immer dort auf, wo Blutgefäße und Nerven aus der Bauchhöhle treten und wo diese Durchgangskanäle angeboren oder durch Fettschwund abnorm weit sind, als akzidentelle Ursache wird weiterhin eine abnorme Steigerung des intraabdominellen Druckes (Bauchpresse) angeführt. Für die überaus mannigfaltigen Formen von Brüchen ist vor allem die Konfiguration des Beckens zu berücksichtigen. Sie macht es verständlich, daß die Schenkelhernie fast nur bei Frauen, die Inguinalhernie fast nur beim Mann auftritt. So ist für die Hernia obturatoria die Gestaltung des Foramen obturatorium von Bedeutung, dasselbe ist beim Mann anders gestaltet als beim Weibe. Waldeyer macht folgenden Unterschied: Beim Mann ist es höher, mehr eiförmig; der Canal. obt. enger, beim Weibe niedriger, fast dreieckig, der Canal. obt. weiter. Der Schambeinwinkel, der beim männlichen Geschlecht spitz, beim weiblichen nahezu stumpf ist, spielt sicherlich für das Auftreten der Hernia obt. ebenfalls eine wichtige Rolle; deshalb finden wir diese Hernienart bei Kindern nie, bei Männern äußerst selten, hauptsächlich aber bei Frauen und ganz besonders bei alten Frauen.

J. Englisch gibt an: Unter 96 von ihm zusammengestellten Fällen kommen nur 12 auf Männer. Von ganz besonderer Bedeutung für das Auftreten dieser Hernie sind die beiden Crura tendinea: das Crus tendineum internum und externum (Waldeyer). Das Crus externum besteht aus mehreren Zipfeln und soll nach Frohse die Bedeutung haben, den bei Bewegungen des Oberschenkels aus der Inzisur vorquellenden Fettklumpen zurückzuhalten. Die oberen Ränder der beiden Crura tendinea werden wieder dünner; sie sind es, welche den Eingang und Ausgang des Canal. obt. unmittelbar von unten her begrenzen und diese Öffnungen zusammen mit dem knöchernen Dache des Kanals umrahmen. Der Musc. obtur. internus tritt nur mit dem Crus tendineum internum in Verbindung; der Musc. obtur. externus mit dem Crus tend. externum. Beide Muskeln sind an der Bildung des Bodens des Canalis obtur. beteiligt. Am Musc. obt. ext. unterscheidet man drei Portionen, von denen die oberste sehr dünn, die mittlere, welche wesentlich vom Crus tend. ext. kommt, stärker, die dritte die größte ist. Es kommt vor, daß die vom Schambeinast kommenden Portionen so stark sind, daß die äußere Öffnung des Canalis obtur. verdeckt wird und die Gefäße und Nerven sich sämtlich den Weg zwischen den Muskelbündeln hindurch bahnen müssen. Auf Grund dieser anatomischen Verhältnisse bestehen nun folgende Anschauungen über die Ursachen für das Auftreten der Hernia obturatoria: Zunächst ist für das Entstehen der Hernia obturatoria wie bei den ande-

ren Hernienarten ein abnorm weiter Bruchkanal erforderlich; eine solche Erweiterung kann entweder durch Schwund oder überreichliche Entwicklung des vorgelagerten Fettes oder durch Erschlaffung der Beckenmuskulatur entstehen. Hierbei spielen wiederholte Schwangerschaften und das Alter eine besondere Rolle; aus diesem Grunde, neben dem schon erwähnten, daß das Foramen obtur. und der Can. obtur. beim Weibe weiter sind, erklärt es sich, daß diese Art von Hernien beim Weibe viel häufiger sind als beim Mann. Die innere Öffnung des Canal. obtur. ist immer die Eintrittspforte der Hernia obtur. in den Kanal, es bestehen dagegen verschiedene Austrittsstellen. Der Lage und der Richtung des Canal. obtur. entsprechend, die eine schräge von hinten oben, lateral nach vorne, unten eine medianwärts verlaufende ist, nehmen diese Hernien die laterale obere Ecke des Foramen obtur. ein. Infolge der Austrittsstellen des Bruches auf die Schenkelfläche des Beckens kann man verschiedene Varietäten feststellen. Roman Fischer unterscheidet deren vier, von denen drei durch Autopsien festgestellt worden sind.

1. Der Bruchsack tritt durch die äußere oder „Schenkelöffnung" des Canal. obtur. hervor.

2. Der Bruchsack tritt zwischen der oberen (kleineren) und der unteren (größeren) Portion des Musc. obtur. ext. zutage.

3. Der Bruchsack versenkt sich noch innerhalb des Canal. obtur. zwischen die beiden Y-Schenkel der Membrana obtur. in die Tiefe und tritt somit gar nicht vor den Musc. obtur. ext., sondern bleibt von diesem bedeckt.

4. Der Bruchsack verläuft mit der Bahn des Ramus acetabuli der Arter. obtur. Dieser letzte Fall ist noch nicht beobachtet worden.

Eine etwas kompliziertere Einteilung ist die nach J. Englisch. Dieser macht zwei Hauptunterschiede: die Hernia incompleta und die Hernia completa. Hernia incompleta nennt er sie, wenn der Bruchsack den Kanal teilweise oder ganz ausfüllt. Die Hernia completa zerlegt er wieder in einzelne Abteilungen und Unterabteilungen. Die Hernia completa liegt:

1. nach Eintritt durch die innere Öffnung des Kanals in diesen, die weitere Verlagerung erfolgt:
   a) zwischen Membrana obturatoria interna und Musculus obturatorius internus,
   b) zwischen der Membrana obturatoria interna und externa,
   c) durch eine Spalte der Membrana obturatoria;
2. nach Durchwanderung des ganzen Kanals:
   a) zwischen der Membrana obturatoria und dem Musculus obturatorius externus,
   b) an der äußeren Fläche des Obturatorius externus zwischen ihm und der Faszie mit dem Pectineus hervorgetreten:
      α) zwischen oberer knöcherner Umrandung des Kanals und der oberen Portion des Musc. obtur. ext.,
      β) zwischen dessen oberen und mittleren Portion,
      γ) zwischen der mittleren und unteren Portion,

c) Lagerung gegen das Acetabulum hin,
d) zwischen Musculus pectineus und dem Triceps femoris,
e) unter der Haut:
α) zwischen Pectineus und Triceps bezw. Adductor brevis und longus,
β) zwischen den einzelnen Adduktoren.

Ich will mich der in der Literatur am häufigsten erwähnten Einteilung nach Roman Fischer anschließen. Die erstgenannten Fälle haben das Gemeinsame, daß die Bruchöffnung und der Bruchsackhals von drei Seiten her, von oben, medial und lateral, von Knochen umgeben sind. An der Knochenbegrenzung nehmen teil ein größerer Abschnitt des Schambeines und ein kleinerer Teil des Sitzbeines lateral. Diese Begrenzung bleibt dieselbe bis zum Austritt des Bruches. An der unteren Begrenzung sind Weichteile beteiligt; hieran nehmen teil: der mit dem Crus tendineum internum zusammenhängende innere fibröse Zug, der den Eingang zum Kanale von unten her umsäumt, ferner das Corpus adiposum obtur., welches den Nerv und die Vasa obturatoria umhüllt, schließlich darunter der Musc. obtur int. Aus der Verschiedenheit der Weichteilbegrenzung lassen sich die drei Varietäten ableiten. Im ersten Fall verläuft der Bruch mit dem vorderen Aste des Nerv. obtur. und mit der Verzweigung der Hauptgefäße; der Canal. obtur. wird der Länge nach ganz durchsetzt. Der Bruchkörper ruht auf dem oberen Rand des Musc. obtur. ext. und auf dem fibrösen Zug, der mit dem Crus tendineum ext. verbunden ist. Bei seinem Austritt aus dem

Kanale wird er geradezu von unten her von beiden Hauptästen der Arteria obtur. umschlängelt. Der Ramus pectineus anterior der Art. obtur. und die betreffenden Venen liegen ihm medial dicht an. Der Bruch liegt zunächst unter dem Musculus pectineus; wenn er größer wird, so kann er im Scarpa'schen Dreieck bis an die Vasa circumflexa femoris medialia reichen. Weiter lateral kann er nicht vorrücken, da ihn die Fascia iliopectinea daran hindert. In medialer Richtung kann er sich noch in die Adduktorenmuskulatur hinein erstrecken. Hier ist auch ein diagnostisch wichtiges Moment zu berücksichtigen; die Hernia obtur. bleibt in der Tiefe, während die Hernia femoralis fast immer sich zur Oberfläche vorschiebt. Das Verhalten der Gefäße und des Nervus obtur. zum Bruchsackhalse ist an der Beckenbruchpforte nicht immer identisch. Anatomisch müssen der Nerv und die Gefäße unten und lateral am Bruchsack liegen, der Nerv etwas mehr nach oben. Wenn die Art. obtur. zusammen mit der Art. epigastrica inf. entspringt (die Art. obt. entspringt nach Corning in 75% der Fälle aus der Art. hypogastrica, in 25% der Fälle aus der Art. iliaca ext. resp. der Art. epigastrica inf.), dann muß sie von oben an den Bruchsack herantreten, sie geht aber doch meistens auf die laterale Seite; in diesem Falle ist der Nerv ganz isoliert. Es ist aber auch möglich, daß das Gefäß- oder Nervenbündel am oberen Umfange des Bruchsackhalses liegen. Es sind Fälle beobachtet worden, in denen der Bruch den Nerven von den Gefäßen trennt. Trelat schildert sogar einen Fall,

in welchem der Nerv medial, die Gefäße unten und lateral lagen. Diese Art ist sicherlich höchst selten und anatomisch schwer verständlich. Im zweiten Fall verläuft der Bruch mit dem Ramus posterior des Nervus obtur. und tritt mit ihm zwischen der oberen und unteren Portion des Musc. obtur. ext. aus. In diesem Falle liegen die Hauptgefäße und die Nervenstämme vor dem Bruchsack beim Austritt aus dem Canal. obtur., sonst ist kein Unterschied im Vergleiche zur 1. Möglichkeit. Pichert beschreibt einen Fall dieser Art aus der Berliner chirurgischen Universitätsklinik. Hier lag das Gefäß- und Nervenbündel lateral und unten vom Bruchsackhalse, der Nerv am meisten lateralwärts, die Vene in der Mitte, die Arterie am meisten medial. Grundverschieden von diesen zwei geschilderten Möglichkeiten ist die dritte Variante. Der Bruch versenkt sich hier mit dem Ramus posterior der Art. obtur. und dem Nervus obtur. zwischen den beiden Blättern der Membrana obtur. in die Tiefe. Die Hauptäste der Art. obtur. und der Ramus post. nervi obtur. verschwinden gleichsam in den Schlitz, den die beiden Crura tendinea bilden. Hier dringt auch die Hernie ein. Gewöhnlich ist dieser Raum mit weichem Fett gefüllt. Bei kleinen Hernien bleibt sie durch das Crus tendineum externum vom Musc. obt. ext. getrennt (nach Corning bleiben in der Regel die Herniae obtur. klein wegen der starren, unnachgiebigen Beschaffenheit der Membrana obtur.; dagegen kommt es oft vor, daß durch den scharfen Rand der Membran der Bruch abgeschnürt wird, so daß

ein schneller chirurgischer Eingriff notwendig ist); wird aber der Bruch größer, so drängt er sich zwischen Muskel und Membran durch eine hier vorhandene Fettlücke nach außen vor. Der Bruch liegt dann zwischen Musc. obt. ext. und der Membrana obt. Die von Picqué und Poirier (Berger) geäußerte Behauptung, der Bruch läge zwischen Musc. obt. ext. und Membr. obt. int. wird von Waldeyer u. a. als falsch bezeichnet, da die Membrana obt. in diesem unteren Bezirk einfach ist. In diesem Fall bleibt also der Bruch außen vom Musc. obt. ext. bedeckt. Hierin besteht der Hauptunterschied gegenüber den beiden vorgenannten Varianten.

Inhalt des Bruches.

Als Inhalt findet man in den Herniae obtur. meist Dünndarm, selten nur Netz, den Processus vermiformis, ferner die in der Nähe gelegenen Teile des weiblichen Urogenitalapparates: die Tube, das Ovarium, die Blase, ein Blasendivertikel und sogar den Uterus. Ein solcher Fall ist einmal von Brunner beschrieben worden.

Diagnose.

Bei der Seltenheit der Fälle von Hernia obturatoria und durch ihre anatomische Lage ist es schwer, bei freier Hernie, ja sogar bei eingeklemmtem Bruch, die richtige Diagnose zu stellen. Zur richtigen Diagnosenstellung müssen besonders folgende Punkte beobachtet werden: die Lage der Hernie, die eine tiefe ist und infolge-

dessen keinen zirkumskripten subkutanen Tumor bilden kann: die Bruchgeschwulst, die wegen der Enge des Bruchkanals meist klein ist, stellt häufig nur einen Darmwandbruch dar; deshalb ist sie von außen entweder gar nicht oder höchstens nur bei genauester Inspektion und Palpation, bei sorgfältigem Vergleich mit der gesunden Seite als diffuse Schwellung in der Adduktorengegend der Regio subinguinales nachweisbar. Beim Untersuchen gelingt es in einzelnen Fällen, daß der nachdringende Finger den Weg zu einer Pforte unterhalb des oberen Schambeinastes findet. Ferner ist diagnostisch wichtig die Lage der Bruchgeschwulst zur Genito-Femoralfurche hin; es kommt vor, daß beim Weib die Schwellung auf das Labium majus übergreift. Um einigermaßen sicher untersuchen zu können, muß man sowohl per vaginam als auch per rectum oder bimanuell die Untersuchung vornehmen. Wullstein empfiehlt besonders die bimanuelle Palpation in der Weise, daß die eine Hand auf das Foramen ovale aufgelegt wird und die andere entweder nach Entleerung der Harnblase von der Vagina oder vom Rektum aus das Herantreten eines Stranges an die vordere Beckenwand zu konstatieren sucht, oder bei Beugung, Adduktion und Außenrotation zur gleichzeitigen Entspannung des Pectineus, der Adduktoren, des Ileopsoas und des Obturatorius externus dadurch, daß sie vom aufsteigenden Schambeinast aus hinter dem Musc. adductor. longus nach hinten außen und oben vordringt, eine kleine Geschwulst dicht unter dem horizontalen Schambeinast hinter dem

Pectineus und einwärts von den großen Schenkelgefäßen nachzuweisen sucht, die bei Palpation schmerzhaft ist und deren Schmerzhaftigkeit bei Streckung, Abduktion und Innenrotation infolge Kompression der Bruchgeschwulst durch die genannten Muskeln zunimmt resp. die bei Kontraktion der Adduktoren und des Pectineus verschwindet.

Symptome.

Abgesehen von den obengenannten diagnostischen Momenten, ruft die Hernia obturatoria noch Symptome hervor, die zur Diagnosestellung wesentlich beitragen. So das Howship-Rombergsche Symptom, d. h. ein im Gebiet des Nervus obtur. ausstrahlender Schmerz. Dieser Schmerz ist ein intensiver, stechender, von neuralgischem Charakter, der durch den eingeklemmten Bruch auf den Nervus obtur. innerhalb des Canal. obtur. bedingt wird. Von diesen Schmerzen werden betroffen: die mediale Seite des Oberschenkels bis zum Kniegelenk herab, oft strahlt er noch bis zur Mitte des Unterschenkels und nach dem Hüftgelenk hinaus. Weitere nervöse Störungen in diesem Gebiete, wie Parästhesien, das Gefühl von Taubsein und Ameisenkriechen, Aufhebung der Sensibilität, sogar Lähmungen in den entsprechenden Muskeln kommen zwar vor, gehören aber mehr zu den Seltenheiten des Rombergschen Symptoms. Leider soll nach Wullstein dasselbe sehr inkonstant sein und nur etwa in der Hälfte der Fälle nachweisbar sein. Durch Bewegung des Oberschenkels und durch Spannung

der obengenannten Muskeln treten bei Hernia obtur. ziemlich starke Schmerzen auf; um diese Beschwerden zu verringern oder ganz aufzuheben, werden Patienten mit dieser Erkrankung, das Bein im Hüftgelenk meistens leicht gebeugt, etwas adduziert und nach außen rotiert halten. Aber auch dieses Symptom kann nur in Verbindung mit den schon genannten als diagnostisches Merkmal verwertet werden.

Differentialdiagnose.

Da die Hernia obtur. sehr häufig die Symptome einer inneren Einklemmung vortäuscht, soll man bei dieser immer an die Möglichkeit einer Hernia obtur. incarcerata denken.

Wenn die vorgenannten Symptome wahrgenommen werden, so soll man es nie unterlassen, auch die anderen Bruchpforten zu untersuchen, da sehr oft ein Leistenbruch und noch häufiger ein Schenkelbruch gleichzeitig mit einer Hernia obtur. vorhanden sind. Wir haben schon einmal darauf hingewiesen, daß, wenn der Bruchsack so groß wird, daß er zwischen dem Musc. pectineus und Adductor. longus hervortritt, der Bruch meistens mehr gestielt an der Lokalisationsstelle der Hernia femoralis sich vorwölben kann; man muß aber immer daran denken, daß die Hernia obtur. immer mehr in der Tiefe bleibt, während die Hernia femoralis weitaus in den meisten Fällen sich zur Oberfläche vorschiebt. Schwierig ist die Erkennung bei gleichzeitig bestehender Hernia femoralis und obtur. Differentialdiagnostisch kommen dann noch in Betracht subperitoneale

Lipome und Eiterungen vom Becken oder Bauchfell; sie sind sehr selten, aber durch den Weg, den sie entlang dem Canal. obtur. nehmen, rufen sie peritoneale Reizungen hervor, die dann die Symptome von Ileus erzeugen. Krönlein hat selbst einen Fall beschrieben, bei welchem durch eine eitrige Peritonitis in der Fossa iliaca außer Ileussymptome durch Reizung des Nervus obtur. auch das Howship-Rombergsche Symptom zu finden war. Verwechslungen können auch vorkommen mit einem der seltenen Fälle von Hernia pectinea (retrovascularis). Selbstverständlich ist die Hernia obtur. eine schwer zu diagnostizierende Erkrankung, und Em. Eckstein behauptet mit einem gewissen Recht, daß die Diagnose eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose sei; jedoch trägt die Seltenheit der Erkrankung sicherlich auch dazu bei, daß man vorhandene Herniae obtur. übersieht oder Fehldiagnosen stellt, weil der betreffende Untersucher überhaupt nicht an diese Hernie denkt. Ich möchte jedoch behaupten, daß, wenn der lokale Druckschmerz, das Howship-Rombergsche Symptom und die allgemeinen Brucherscheinungen bei einem Patienten da sind, man doch die Diagnose Hernia obtur. stellen darf, wenn sonstige Veränderungen auszuschließen sind und besonders, wenn es sich um alte, etwas abgemagerte Frauen handelt; da gerade solche Individuen in der Statistik der Hernia obtur. die Häufigkeitsziffer von 90—92% aufweisen.

Prognose und Therapie.

Die Prognose bei vorliegender Hernia obtur.

ist im allgemeinen ungünstig. Die Nichterkenntnis dieser Bruchart spielt aber bei dieser schlechten Prognose eine große Rolle; denn je früher die Erkrankung erkannt wird, desto besser ist das Resultat. Wenn wir hier die Statistik zu Rate ziehen, so sehen wir, daß die operierten Fälle, bei denen die Diagnose richtig gestellt wurde, im Verhältnis zu den Fällen, welche nicht diagnostiziert wurden, ein auffallend günstiges Resultat ergaben. Es muß also möglichst frühzeitig operiert werden (Donati empfiehlt auch besonders wegen der Volvulusgefahr bei Hernia obtur. die möglichst frühzeitige Operation), aber die Prognose ist immer viel ungünstiger als bei den anderen Brucharten; denn hier haben wir es fast nur mit alten schwächlichen Individuen zu tun. Eine spontane Heilung ist wohl noch nie eingetreten; ein Bruchband ist unzweckmäßig und kann höchstens vorübergehend eine Besserung hervorrufen. Was die Taxis anbetrifft, so wird sie, solange keine Verwachsungen da sind, leicht gelingen. Als Unterstützungsmittel zum Gelingen der Taxis empfiehlt unter anderen Winson die Beugung und Adduktion des Oberschenkels im Hüftgelenk mit Erhöhung des Beckens. Röser machte den Voschlag, einen leichten Druck auf die Geschwulst ausüben zu lassen, während er mit den Fingern in den Mastdarm nach aufwärts dringt, um bis zur inneren Öffnung des Bruchkanals zu gelangen. Werner verfährt in gleicher Weise, nur geht er per vaginam statt per rectum ein. In der Literatur findet man noch viele andere Vorschläge zur

Handhabung der Taxis, nach den bisherigen Erfahrungen ist jedoch die Operation das indizierte Verfahren, da nach Wullstein von 56 nicht-operierten Fällen alle bis auf einen zum Exitus kamen. Die einzig richtige Behandlungsmethode der Hernia obtur. ist die Operation und, wie schon gesagt, eine möglichst frühzeitige, wenn man überhaupt zu einem guten Resultat kommen will. Als Operationen kommen die Herniotomie und die Laparatomie in Betracht. In unserem Falle wurde die Herniotomie vorgenommen.

Operation

(vorgenommen am 2. III. 1910):

In Lokalanästhesie wurde ein ca. 7—8 cm langer Schnitt über die Mitte der Geschwulst geführt. Nach Durchtrennung der Fascia lata wurde der Musc. pectineus auf die Seite gezogen und so die Geschwulst freigelegt. Diese hatte ungefähr die Größe eines Taubeneies. Durch genauere Untersuchung konnten wir feststellen, daß wir den freigelegten Bruchsack vor uns hatten. Die Hülle der Geschwulst ließ sich nur schwer von der Unterlage trennen, es bestanden fast überall ziemlich feste Verwachsungen. Nach Eröffnung des Bruchsackes entleerten sich ca. 10—15 ccm Bruchwasser, das trüb war. Die Serosa war glatt und glänzend. Als Inhalt fand man ein Stück Dickdarm vor, welches etwas blaurot verfärbt und mit dem Bruchsack etwas verwachsen war. Der Bruchsack und sein Inhalt wurde sorgfältig abgetupft, mit steriler Kochsalz-

lösung abgespült und gründlich gereinigt. Da der Darm eine ziemliche Stauung ausgehalten hatte, so wurde die verdächtige Darmschlinge vor der Bruchpforte außen liegen gelassen. Das Mesenterium und sowohl die zuführende als auch die abführende Darmschlinge wurden durch einige Darmnähte in der Nähe des Bruchsackhalses fixiert. Da wo Lücken neben Darm und Mesenterium waren, wurde durch die Bruchpforte Jodoformgaze zum Schutze der Bauchhöhle eingestülpt. Das außen liegende Darmstück wurde auch leicht mit Jodoformgaze umhüllt. Als Abschluß wurde ein in keiner Weise komprimierender Verband angelegt. Da sich der Darm nach zwei Tagen als lebensfähig erwies, wurden die Fixationsnähte entfernt und der Darm reponiert. Es erfolgte eine ungestörte Heilung der Operationswunde. 17 Tage nach der Operation wurde die Patientin als geheilt entlassen.

Wenn jedoch der Darm gangränöse Veränderungen zeigt, die gewöhnlich an den Schnürringen an der Farbe zu erkennen sind, so muß, wenn der Zustand des Kranken es erlaubt, die Darmresektion vorgenommen werden. Nur ausnahmsweise soll die primäre Darmresektion durch den Anus praeternaturalis ersetzt werden, da letzterer nur als Notbehelf betrachtet werden darf.

Die zweite Form der operativen Behandlung der Hernia obtur. ist die Laparatomie. Bis vor Bardenheuer und Sträter existierte keine Methode zur Radikaloperation dieser Hernienart. Schwarzenschild hat 1904 eine von Bardenheuer erdachte Methode publiziert (Dtsch.

Zeitschr. f. Chirurgie, Bd. LXXIV). Das Prinzip dieser Methode ist das Verschließen der inneren Bruchpforte durch einen aus der Bruchfläche des Schambeins herausgemeisselten Knochen-Periostlappens. Diese Methode hat den Nachteil, eine zu eingreifende Methode zu sein. Da die Fälle von Hernia obtur. meist erst zur Operatieon kommen, wenn sie schon inkarzeriert sind und die Träger fast durchweg alte magere Leute sind, so wäre es immerhin wünschenswert, die Operation in Lokalanästhesie vorzunehmen; dazu ist diese Methode natürlich ungeeignet. Ferner muß die Operation nach Bardenheuer von der Bauchhöhle aus geschehen; es muß also immer die Laparotomie gemacht werden.

Sträter empfiehlt den Bruchsack so hoch wie möglich abzutragen, dann einen 1,5—2 cm breiten, ca. 8 cm langen Lappen aus der medialen Seite des Musc. pectineus zu bilden, dessen Stiel sich am Schambein befindet, und der distalwärts schmäler werden kann. Nahe seinem Ende wird dieser Muskellappen mit einem nicht zu dünnen Faden umschnürt. Die beiden lang gelassenen Enden des Fadens werden dann mittels einer Aneurysmanadel durch den Canal. obtur. geführt und an der Innenseite aufgefangen, nachdem man nötigenfalls die Cruralpforte etwas erweitert und das properitoneale Fettgewebe stumpf von der Innenseite des Schambeins zurückgeschoben hat. Mittels dieser Fäden zieht man den Pectineuslappen durch den Canal. obtur., während man ihn gleichzeitig von außen ins Foramen obt. ext. hineinschiebt. Die beiden Enden des Fadens

werden kurz oberhalb des Poupartschen Bandes durch die Aponeurose geführt und geknotet. Die Cruralpforte wird schließlich wieder so weit als nötig verengt. Hierdurch ist also der ganze Canal. obtur. durch den Muskellappen ausgefüllt, und ist der Zugang zum Foramen obtur. int. verschlossen. Diese Methode ist sicherlich mindestens ebenso gut wie die Bardenheuersche, sie hat aber den großen Vorteil, daß sie nicht eine so eingreifende Operation ist.

J. Kindl, der einen Fall von Hernia obtur. in der Prager Medizinischen Wochenschrift publiziert, schlägt die Resektion eines Stückes des horizontalen Schambeinastes vor, um dadurch den Eingriff zu erleichtern. In diesem Falle, wo es sich um eine noch jüngere (gravide) Frau handelt, mag ja eine so eingreifende Operation gerechtfertigt sein, aber bei alten Personen nicht.

Obwohl man in der neueren Literatur die Laparatomie mehr empfiehlt als die Herniotomie (Bardenheuer, Borszecki, Grüneisen, Marcinkowski, Gelpe, Kindl u. a. m.), so möchte ich mich doch der letzteren Methode anschließen, da die Laparatomie doch sicherlich einen größeren und auch gefährlicheren Eingriff bedeutet als die Herniotomie. Ich möchte, um meine Ansicht zu rechtfertigen, nochmals darauf hinweisen, daß es sich bei den Fällen von Hernia obtur. fast nur um alte dekrepide Individuen handelt, deren abgenutztes Herz durch die Narkose schwer zu leiden hat, während man die Herniotomie meist leicht in Lokalanästhesie vornehmen kann. Wenn die Diagnose Hernia obturatoria

rechtzeitig gestellt wird, so würde ich, veranlaßt durch den äußerst günstigen Verlauf unseres Falles, eine möglichst frühzeitige Herniotomie empfehlen.

Literaturverzeichnis.

1. Bardenheuer (Schwarzschild): Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. LXIV.
2. Berger: Article: „Hernies" in Duplay u. Reclus: Traité de Chirurgie.
3. Borszecki: Über die Operationsmethoden bei Hernia obturatoria. (Beitrag zur klinischen Chirurgie, Bd. LIV.)
4. Brunner: Herniologische Beobachtungen. (In Beiträge zur klinischen Chirurgie, 1889.)
5. Corning: Lehrbuch der topographischen Anatomie.
6. Donati: Occlusione intestinale per ernia otturatoria strozzata con volvolo partiale del tenue.
7. E. Eckstein: Die Lehre von der Hernia obturatoria. (Inaug.-Diss. Breslau 1910.)
8. J. Englisch: Über Hernia obturatoria. Leipzig u. Wien 1891.
9. Roman Fischer: Die Hernia foraminis ovalis. (Zeitschrift für nat. Medizin.)
10. L. Gelpke: Die Hernia obturatoria incarcerata.
11. Grüneisen: Zur Kasuistik der Hernia obturatoria incarcerata. (Langenbecksches Archiv, Band LXXXIII.)
12. J. Kindl: Hernia obturatoria. (Prager Medizin. Wochenschrift, 1912.)
13. Marcinkowski: Hernia obturator. (Medycyna 1907, Nr. 29 u. 30. Poln.)
14. M. Pichert: Über einen Fall von Hernia obturatoria. Inaug.-Dissert. Berlin.

15. Picqué u. Poirier: Etude sur la Hernie obturatrice. Revue de Chirurgie, 1891 u. 92.
16. Röser: Beitrag zur Diagnose der Einklemmung der Hernia foram. ovalis.
17. Sträter: Ned. Tigdschrift voor Geneeskunde, 1905.
18. Trélat-Bouchard: Bulletin de la Société de Chirurgie.
19. Vinson: De la Hernie du trou souspubien. Thèse de Paris, 1844.
20. Waldeyer: Lehrbuch der topographisch-chirurgischen Anatomie.
21. Werner: Württemberg. Med. Korrespondenzbl., 1862.
22. Wullstein u. Wilms: Lehrbuch der Chirurgie.
23. Alfred Zinner: Zur Kenntnis der Hernia obturat. und der Hernia cruralis praevascularis. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. CIII.)

Lebenslauf.

Am 30. November 1888 wurde ich Karl Albert Bardot als Sohn des Rentners Johann Bardot zu Metz geboren. Ich wurde im katholischen Glauben erzogen und besuchte die Oberrealschule in meiner Heimatstadt und bestand im Frühjahr 1909 daselbst die Reifeprüfung. Ich genügte dann meiner Militärpflicht im 7. lothringischen Infanterieregiment Nr. 158 in Paderborn. Ich studierte nun Medizin zunächst in Heidelberg und Kiel je ein Semester, dann vier Semester in Berlin, wo ich im Winter 1912 die ärztliche Vorprüfung bestand. Im April 1911 unterzog ich mich der Nachprüfung im Lateinischen am Gymnasium zu Metz. Hierauf studierte ich je ein Semester in München und Kiel, dann wieder zwei Semester in München, wo ich am 2. November 1914 die ärztliche Prüfung bestand. Am 5. November 1914 wurde mir vom Ministerium des Innern die Approbation als Arzt erteilt. Am ersten Mobilmachungstag stellte ich mich der Militärverwaltung zur Verfügung und wurde sofort als Arzt ins Heer eingestellt, dem ich zurzeit noch angehöre. Während meines medizinischen Studiums besuchte ich die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Do-

zenten: In Heidelberg: Fürbringer, Lenard, Curtius, Braus, Cöppert. In Kiel: Graf Spee, Meyes, v. Korff, Harries, Brandt, Reibisch. In Berlin: Waldeyer, Hertwig, Steudel, Jacobsohn, du Bois-Reymond, Lesser, Poll, Rubner, Gabriel, Haberlandt, Ruhland, Münsterberg, F. E. Schulze Kopsch, Orth, Brugsch, Lewin, Smith, Fritsch, Meyer. In München: v. Angerer, v. Müller, Amann, Döderlein, Schmitt, Posselt, Gebele, Süpfle. In Kiel: Anschütz, Stöchel, Lüthje, Friedrich, Lubarsch, Heine, Birk, Schlecht, Niemeyer. In München: Borst, v. Gruber, v. Heß, Klein, Kräpelin, May, v. Müller, v. Pfaundler, Schmincke, v. Angerer, Döderlein, Oberndorfer und Merkel.